



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

MARCUS VINÍCIUS FERREIRA DUTRA

INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO IDOSA POR
MEIO DO USO DE UM ORGANIZADOR DE MEDICAMENTOS

SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO / GO
2015

MARCUS VINÍCIUS FERREIRA DUTRA

**INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO IDOSA POR
MEIO DO USO DE UM ORGANIZADOR DE MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^(a) Jumara Espíndola dos Santos

**SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO / GO
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os idosos que diariamente procuram viver com qualidade, tentando, dentre outras coisas, manter controlados seus níveis pressóricos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me conceder a sabedoria, conhecimento e dedicação necessários para a conclusão deste trabalho. Agradeço também à minha esposa pelo apoio e compreensão contínuos. À minha orientadora por contribuir para a realização e conclusão com aproveitamento deste curso de especialização.

*“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada.
Apenas dê o primeiro passo.”*

Martin Luther King

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica altamente prevalente e também um fator de risco para eventos cardiovasculares com grande morbimortalidade. A baixa adesão dos pacientes ao tratamento proposto pelas equipes de saúde, sobretudo ao tratamento medicamentoso, é um problema comum, e solucioná-lo é de fundamental importância para o sucesso da terapêutica instituída. Tendo em vista que há pacientes hipertensos com insatisfatório controle pressórico na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família 16, no Jardim Serra Dourada, município de Santo Antônio do Descoberto-GO, e com a consciência de que muito desse controle inadequado se deve a uma baixa adesão terapêutica, o presente Projeto de Intervenção tem o objetivo principal de elevar a adesão de pacientes idosos ao tratamento anti-hipertensivo proposto, sobretudo por meio do uso de organizadores de tomada de medicamentos. Foram desenvolvidos organizadores de medicamentos e convidados vários idosos da comunidade para participarem da atividade, entretanto, apenas uma paciente com pressão arterial não controlada e baixa adesão ao tratamento participou de todas as atividades propostas. Ao final da intervenção com o uso de organizador de medicamentos por quatro semanas, observou-se que houve melhora na adesão ao tratamento medicamentoso, bem como redução na quantidade de comprimidos esquecidos de serem tomados e diminuição importante nos níveis tensionais sistólicos e diastólicos. Novas experiências similares a este projeto precisam ser desenvolvidas para atender a objetivos semelhantes, porém, atentando-se a um planejamento estratégico que ultrapasse as dificuldades encontradas.

Palavras-chave: baixa adesão; hipertensão arterial; organizador de medicamentos.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a highly prevalent chronic disease and also a risk factor for cardiovascular events with high morbidity and mortality. Patients' low compliance to the treatment proposed by healthcare teams, especially to drug therapy, is a common problem, and solving it is of fundamental importance for the success of the therapeutic instituted. In view of the existence of hypertensive patients with poor blood pressure control in the coverage area of Estrategia Saude da Familia 16, at Jardim Serra Dourada, county of Santo Antonio do Descoberto, Goias, and with the conscience in which much of that poor control is a result of low therapeutic compliance, this Interventional Project has a major goal of raising the compliance of elderly patients to the anti-hypertensive treatment proposed, specially by the use of drugs' intake organizers. Were developed drug organizers and invited several senior citizens of the community to take part in the activity, however, just one patient with blood pressure not controlled and low compliance to the treatment participated in all the suggested activities. At the end of the intervention with the use of medication organizer for four weeks, was observed that there was improvement in the compliance to drug treatment, as well a reduction in the amount of pills which were forgotten to be taken and important diminishment in the systolic and diastolic pressoric levels. New experiences similar to this project need to be developed to meet similar goals, but observing a strategic planning that surpasses the barriers found.

Keywords: low compliance; arterial hypertension; drug organizer.

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	08
1.1 Introdução.....	08
1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....	10
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	11
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA INTERVENÇÃO.....	14
4. AVALIAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	24
APÊNDICES.....	26

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica altamente prevalente e um fator de risco maior para morbimortalidade cardiovascular¹. Assim, a baixa adesão de pacientes ao tratamento em doenças crônicas, inclusive na HAS, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso, é um problema há muito enfrentado pelos profissionais de saúde, e solucioná-lo é de fundamental importância para o sucesso da terapêutica instituída pela equipe assistente².

A falta de adesão a um tratamento é um dado difícil de quantificar, porém alguns ensaios sobre hipertensão consideram taxas acima de 80% de uso individual dos medicamentos receitados como sendo aceitáveis, por haver controle da pressão arterial diastólica^{1,3,4}. Sabe-se também que cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento para HAS não fazem uso da sua medicação¹. Apesar da escassez de dados e do uso de metodologias e critérios diferentes para obtê-los, estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação anti-hipertensiva de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%¹. Parece não haver uma consolidação nacional de dados sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil, entretanto, em estudo realizado com idosos hipertensos acompanhados em ambulatório de geriatria na cidade de Ribeirão Preto-SP observou-se que houve completa adesão em 66,6% dos pacientes¹. É provável, entretanto, que dados obtidos de serviços não especializados indiquem menores taxas de adesão ao tratamento da HAS no país.

Em consonância com a contrapartida nacional, faltam dados estruturados sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo no estado de Goiás. Em estudo realizado em centro de referência em Rio Verde-GO, foi percebido que 81,4% dos entrevistados tomavam sua medicação anti-hipertensiva diariamente na quantidade prescrita⁵. Já em levantamento realizado com pacientes hipertensos participantes do programa Hiperdia no município de Cocalzinho de Goiás-GO, foi observado que havia 56,14% de não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo⁶. Não foram obtidos dados referentes ao município de Santo Antônio do Descoberto-GO (SAD). Ainda assim, em levantamento realizado na área de abrangência da equipe

16 da Estratégia Saúde da Família (ESF) desse município houve a estimativa de prevalência de 5,23% de HAS na população assistida em micro áreas com acompanhamento atual de agentes comunitários de saúde.

Diante de tais dados não há como negar a importância do tema. Agrega-se ainda o fato de que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são hipertensos, e cerca de 50% destes nem mesmo o sabem⁷. No Brasil e no mundo ainda há um grande impacto social e econômico negativo em virtude da elevada proporção de casos de complicações cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e doença arterial coronariana, acometendo não somente os mais idosos, mas também a população economicamente ativa⁸. E apesar do arsenal terapêutico disponível para o problema da hipertensão arterial sistêmica não deixar de ser incrementado com frequência, é consenso que a adesão ao tratamento continua a ser um problema constante⁹.

É sabido que vários fatores influenciam a adesão ao tratamento, como sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade, crenças de saúde, conhecimento sobre a doença e suas complicações, custos de tratamento, efeitos indesejáveis². Diante desse amplo espectro, várias estratégias têm sido desenvolvidas para aumentar as taxas de adesão ao tratamento, principalmente no âmbito da educação em saúde e da relação profissional-paciente, como palestras, explicação detalhada de receitas médicas, seguimento ambulatorial mais próximo, suporte familiar, entre outros. Faltam ainda, contudo, mais medidas práticas para aprimorar a adesão por parte do paciente ao seu tratamento proposto.

Em trabalho recentemente proposto na África do Sul, pesquisadores pretendem observar o impacto do envio de mensagens de texto de celular com lembretes para a tomada de medicações na redução da pressão arterial (PA) sistólica e na melhora da adesão ao tratamento nos pacientes hipertensos participantes¹⁰. Mais acessível ao contexto da saúde pública no Brasil, em tese desenvolvida com idosos hipertensos no interior paulista foi criado um sistema composto por caixa organizadora de medicamentos, identificada com o horário correto de tomadas, sachês de doses unitárias e relógio com alarme, e foi observado que o uso desse sistema melhorou a adesão medicamentosa, diminuiu os valores da

pressão arterial dos participantes e proporcionou mais segurança no uso correto dos medicamentos destes¹¹.

Assim, tendo em vista que há pacientes hipertensos com insatisfatório controle pressórico na área de abrangência da Equipe 16 da ESF em SAD, e também com a consciência crítica de que muito desse controle pressórico insatisfatório se deve a uma baixa adesão ao tratamento proposto pela equipe, seja por fatores relacionados à idade, escolaridade, relação equipe-paciente, condição econômica, ou simples esquecimento, e ainda procurando evitar o acontecimento de desfechos de morbidade ou mortalidade de causa cardiovascular nessa mesma população, a intervenção por meio de uma medida prática para alterar essa realidade se faz necessária.

O presente projeto de intervenção (PI), portanto, tem por objetivo elevar a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo proposto, sobretudo medicamentoso, por meio do uso de organizadores de tomada de medicamentos.

1.2 Objetivos

Geral

Promover aumento da adesão ao tratamento medicamentoso de subgrupo de pacientes idosos hipertensos atendidos pela ESF 16 de SAD.

Específicos

Diminuir o número de tomadas de medicações receitadas que são esquecidas ou ignoradas.

Reduzir a pressão arterial sistólica dos indivíduos sem o acréscimo de novas medicações.

Reduzir a pressão arterial diastólica dos indivíduos sem o acréscimo de novas medicações.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Para cumprir os objetivos deste projeto, planeja-se intervir no problema observado por meio da criação e/ou fornecimento de organizadores de medicamentos aos participantes do grupo, permitindo assim separar os medicamentos a serem tomados em cada dia da semana, bem como em seus respectivos períodos de tomada diária (ex.: pela manhã; à noite). Assim, espera-se que se reduzam os esquecimentos de tomadas de medicações e, por consequência, que se obtenham uma melhor adesão ao tratamento e um melhor controle pressórico.

Tais organizadores de medicamentos a serem utilizados serão produzidos a partir de materiais recicláveis obtidos por consumo ou doação, ou então serão comprados com recursos próprios pelo pesquisador. Vale ressaltar que este projeto não tem verba externa disponibilizada para sua realização.

Vieira, em tese desenvolvida para obtenção do título de Doutor, obteve melhora na adesão medicamentosa e redução nos valores de pressão arterial em um grupo de idosos no interior do estado de São Paulo ao implantar o uso de um Sistema Eletrônico de Uso Personalizado e Controlado de Medicamentos, baseado em caixas organizadoras de medicamentos com alarmes de lembretes associados¹¹.

De forma semelhante, uma iniciativa na Catalunha, por parte do Colégio de Farmacêuticos de Barcelona¹², implantou o Sistema Personalizado de Dosificações, baseado também na organização de medicamentos em compartimentos separados, evitando confusões na tomada dos mesmos por parte de pacientes idosos e em uso de polifarmácia (três, quatro ou mais fármacos em uso). Tal iniciativa se espelha em iniciativas semelhantes, por exemplo, na Europa e na Oceania, onde projetos com o mesmo princípio obtiveram índices de adesão ao tratamento chegando a 80%, contra 31% que se conseguia com a dispensação usual de medicamentos¹².

Em uma vertente com maior uso de tecnologia aplicada, pesquisadores japoneses obtiveram em estudo um melhor monitoramento em tempo real se medicamentos foram tomados ou não por parte de pacientes que usavam um organizador de pílulas tipo calendário com comunicação de dados sem fio¹³.

Com relação à população alvo para este projeto de intervenção, a mesma é constituída de idosos hipertensos que são acompanhados ambulatorialmente na ESF 16 de SAD e que vivem em sua área de abrangência (Jardim Serra Dourada, Jardim Maracanã, entre outros).

Mais especificamente, pretende-se restringir os sujeitos do grupo de intervenção a um número de cinco participantes devido às limitações técnicas e de disponibilidade voluntária para desenvolvimento do projeto, selecionando-se para tanto, dentro da população alvo, cinco sujeitos com as seguintes características: idosos (idade maior ou igual a 60 anos), hipertensos, que não façam uso de medicações injetáveis ou inalatórias, e que professem ter dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso (ou que isso fique evidente por meio da análise de seus prontuários e/ou por pobre controle pressórico).

De preferência, prefere-se que sejam pacientes que vivam sozinhos e/ou que sejam analfabetos, tendo em vista que pacientes com essas características tem demonstrado ainda menor adesão terapêutica que os demais devido a sua autolimitação e ao baixo ou inexistente suporte familiar. A inexistência dessas características, contudo, não será um impedimento para composição do grupo de pesquisa.

O tempo para a intervenção será no período de 16/09/14 a 15/11/14, dividido conforme o seguinte cronograma (Tabela 1).

Tabela 1 – Cronograma para a etapa de intervenção do PI. 2014.

Período	Tempo (dias)	Fase de intervenção
16/09/14 – 30/09/14	15	Seleção dos sujeitos, entrevistas iniciais e fornecimento dos organizadores de medicamentos.
01/10/14 – 30/10/14	30	Uso dos organizadores de medicamentos e coleta de dados.
31/10/14 – 15/11/14	16	Finalização dos resultados e preparação de relatório.

Fonte: própria.

Pretende-se realizar encontros semanais com os sujeitos, de tal forma que os organizadores de medicamentos sejam reabastecidos e os dados de adesão e níveis pressóricos sejam coletados. Para esses encontros será utilizada uma das salas disponíveis da ESF 16, e é esperado também que os demais membros da equipe de saúde auxiliem o pesquisador nas atividades de preparação dos medicamentos e coleta de dados.

Há que se ressaltar também que muitas das medicações anti-hipertensivas utilizadas pelos pacientes estão em falta na farmácia da ESF 16 há algum tempo por falta de disponibilização das mesmas pela Secretaria Municipal de Saúde, o que pode prejudicar nos resultados deste projeto uma vez que os pacientes precisam conseguir suas medicações em outras farmácias.

Como instrumentos para a coleta de dados, pretende-se utilizar um questionário sociodemográfico (Anexo A), o Teste de Morisky-Green (Anexo B) e uma tabela para controle pressórico e de comprimidos esquecidos (Apêndice A). Os dois primeiros serão aplicados antes da intervenção com os organizadores de medicamentos, a tabela para controle pressórico e de comprimidos esquecidos será utilizada durante a intervenção e, ao final desta fase do PI, será aplicado novamente o Teste de Morisky-Green (TMG), referente ao período de intervenção do projeto, permitindo comparação com o mesmo aplicado antes da intervenção.

O TMG é um instrumento largamente utilizado para avaliação de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Foi traduzido para a língua portuguesa e é o questionário mais utilizado no Brasil para o seu fim¹⁴. Ele é composto por quatro perguntas com pontuação do tipo SIM = 0 e NÃO = 1, ou seja, com pontuação mínima possível igual a zero e máxima possível igual a quatro, indicando menor ou maior adesão ao uso do medicamento, respectivamente. Será adotada como critério a pontuação de 0 a 2 pontos para os menos aderentes e de 3 a 4 pontos para os mais aderentes.

As medidas da pressão arterial durante o estudo serão realizadas utilizando-se o único esfigmomanômetro disponível na unidade, o qual não possui validação de calibragem recente.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA INTERVENÇÃO

Tendo em vista o planejamento de trabalho para o projeto, foi avaliada a confecção de um organizador de medicamentos a ser fornecido aos participantes. O protótipo confeccionado foi o apresentado no Apêndice B.

O protótipo de organizador de medicamentos apresentado agradou pelas seguintes características: possibilidade de ser utilizado sendo pendurado em uma parede ou alguma estrutura fixa; divisão por dias da semana em colunas, identificados por suas letras iniciais (“S” – segunda-feira, “T” – terça-feira, “Q” – quarta-feira, “Q” – quinta-feira, “S” – sexta-feira, “S” – sábado e “D” – domingo); divisão por períodos do dia em linhas, identificados por cores diferentes (amarelo para manhã, vermelho para tarde e azul para noite); espaços individuais em forma de bolsa para cada período de cada dia da semana para conter os medicamentos apropriados aos mesmos, conforme prescrição médica.

Assim, o protótipo foi aprovado para ser confeccionado, entretanto, contando com algumas alterações importantes: reorganização das cores nas linhas, passando a amarela para cima, seguida embaixo pela vermelha e então pela azul, seguindo a sequência manhã – tarde – noite, de cima para baixo; acréscimo de elementos não verbais para facilitar o reconhecimento dos períodos do dia, sendo um sol alaranjado para representar a manhã, metade de um sol amarelo para representar a tarde e uma meia-lua para representar a noite.

Foram então confeccionados cinco organizadores de medicamentos, com as alterações propostas, ao custo de R\$ 35,00 cada um e, portanto, um custo total de R\$ 175,00, totalmente custeado pelo pesquisador do projeto, com recursos próprios. O número de cinco organizadores se deveu ao planejamento estratégico de trabalhar com um grupo de cinco participantes. O organizador de medicamentos em seu modelo final ficou conforme o Apêndice C.

Esse organizador de medicamentos difere bastante do desenvolvido e utilizado no trabalho de Vieira¹¹, que serviu como modelo inspirador para sua concepção e já foi descrito previamente. Essa diferença se deve ao tempo e recursos disponibilizados para este projeto, bem aquém daqueles utilizados por aquela pesquisadora, que contou, inclusive, com verba federal.

Após a preparação dos organizadores de medicamentos, iniciaram-se os convites para participação no projeto, por parte das Agentes Comunitárias de Saúde e do pesquisador, durante visitas e consultas, atendendo aos critérios de inclusão apresentados no item 2 deste trabalho. Foram convidados vários pacientes para participação no projeto, entretanto, apenas duas pacientes atenderam ao convite e compareceram para iniciar o projeto de intervenção e, destas, apenas uma compareceu em todos os encontros programados após consentir em sua participação; a outra compareceu apenas ao primeiro encontro.

Vale ressaltar que os convites e a busca aos pacientes para participarem como sujeitos do projeto ocorreram ao longo de um período de mais de um mês, inclusive extrapolando o período inicialmente planejado no cronograma para execução do PI, já apresentado na Tabela 1, gerando, inclusive, um atraso importante na execução deste trabalho.

Segue na Tabela 2 abaixo a caracterização sociodemográfica da paciente que aceitou participar do projeto e deu seguimento comparecendo a todos os encontros programados (quatro, no total), obtida após a entrevista inicial com a paciente utilizando o Questionário Sociodemográfico, apresentado no Anexo A.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da participante do PI.

Característica questionada	Característica encontrada
Sexo	Feminino
Idade	69 anos
Cor de pele	Parda
Escolaridade	Analfabeta
Estado civil	Casada
Com quem mora	Companheiro
Ocupação atual	Aposentada
Renda familiar aproximada	1 a 3 salários mínimos
Problemas de saúde	HAS, DM e TG elevados*
Medicações em uso	Losartana, anlodipino e MTF**

* HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – *Diabetes Mellitus*; TG – Triglicérides.

** MTF – Metformina.

Baseado nos achados do Questionário Sociodemográfico da paciente apresentada, detalhados na tabela acima, podemos ressaltar que se trata de uma paciente idosa, analfabeta, que vive apenas com seu cônjuge, apresenta baixa renda familiar e apresenta diagnósticos de hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemia.

A população idosa, em virtude de alterações cognitivo-comportamentais próprias do envelhecimento, por si só, apresenta um risco aumentado para não seguimento estrito do plano terapêutico a ela proposta¹¹. Além disso, a baixa escolaridade, como referido pela paciente deste projeto, também foi associada à baixa adesão ao tratamento farmacológico em estudo com pacientes hipertensos no interior de Goiás⁶.

Quando a paciente respondeu ao TMG no primeiro dia de intervenção, foram obtidas as seguintes respostas.

Tabela 3 – Perguntas e respostas ao Teste de Morisky-Green inicial.

Pergunta	Resposta
Você, alguma vez, esquece-se de tomar seu remédio?	SIM
Você, às vezes, é descuidada quanto ao horário de tomar seu remédio?	SIM
Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o remédio?	NÃO
Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de toma-lo?	NÃO

Fonte: própria.

Com tais respostas a paciente obteve uma pontuação inicial de 2 pontos, o que a classifica como uma paciente menos aderente, ou com baixa adesão ao seu tratamento.

Isso é compatível com dado de estudo utilizando o TMG para avaliar a adesão ao tratamento de grupo de hipertensos acompanhados ambulatorialmente em São José do Rio Preto-SP, em que 72% dos participantes não apresentaram adesão, segundo o Teste⁴.

A intervenção foi então continuada com a paciente. Na consulta inicial, além da explicação dos objetivos do projeto, da necessidade de comparecimento por

quatro semanas consecutivas, e do preenchimento do Questionário Sociodemográfico e do TMG, foi entregue à paciente um organizador de medicamentos, sendo explicado seu uso e preparado para a semana inicial de uso (Apêndice D).

Até o dia da intervenção, a paciente vinha usando de forma irregular losartana 50 mg de 12/12h, anlodipino 10 mg 1X/dia pela manhã e metformina 850 mg de 12/12h. Na data da intervenção a paciente apresentou-se com sua PA bastante elevada (180 X 110 mmHg) e, além disso, apresentava registros em seu prontuário médico de PA muito elevada em praticamente todas as últimas consultas. Como não se consultava há algum tempo e diante do quadro de HAS bastante descompensada, foi tomada a decisão clínica de iniciar uma nova medicação, que foi receitada no primeiro dia de intervenção: hidroclorotiazida 25 mg 1X/dia pela manhã. A paciente, contudo, só passou a utilizar a nova medicação após o segundo encontro, pois ainda não havia conseguido adquiri-la.

O aparelho de glicemia capilar da unidade estava estragado e, apesar de não fazer parte dos objetivos deste projeto, não foi possível avaliar a glicemia da paciente para avaliar a eficácia do uso atual de hipoglicemiante oral. Não havia registros também de exames laboratoriais recentes em seu prontuário médico.

Deu-se então seguimento ao projeto e, apesar do importante atraso no cronograma planejado, pela razão já elencada acima, foram realizados todos os encontros previstos, totalizando quatro (cada um durando cerca de trinta minutos), sendo o primeiro no dia de início da intervenção, com a entrega à paciente do organizador de medicamentos. A Tabela 4 apresenta os dados obtidos pelo preenchimento do controle pressórico e de comprimidos esquecidos ao longo das semanas.

Tabela 4 – Controle pressórico e de comprimidos esquecidos.

Data	PA (mmHg)	Comprimidos esquecidos
07/11/2014	180 X 110	---
14/11/2014	150 X 90	2
21/11/2014	130 X 90	0
28/11/2014	132 X 90	0

Fonte: própria.

Com esses dados apresentados podemos ver que a paciente apresentou uma redução considerável em seus valores pressóricos, e também teve poucos comprimidos que deixaram de ser tomados ao longo da intervenção. Com relação aos valores da PA, tanto as pressões arteriais sistólica e diastólica apresentaram redução, aquela da ordem de 50 mmHg em sua redução máxima, passando para níveis normais, e esta da ordem de 20 mmHg, passando para o valor limítrofe da normalidade. A título de comparação, no trabalho de Vieira¹¹ houve redução de 18,5 mmHg no valor da PA sistólica média e de 4,3 mmHg na PA diastólica média dos sujeitos participantes, entre os períodos de início e fim de sua intervenção.

Convém neste momento, entretanto, algumas observações: no dia 07/11, data inicial da intervenção, o organizador de medicamentos foi preparado apenas com comprimidos de losartana e anlodipino, tendo em vista que a paciente estava sem os demais e eles não estavam disponíveis na farmácia da unidade; no dia 14/11 o organizador foi preparado sem os comprimidos de hidroclorotiazida, pois a paciente ainda não havia os obtido e os mesmos também estavam em falta na unidade. Os dois comprimidos esquecidos, percebidos no segundo encontro, foram de losartana, na quarta-feira à noite e sexta-feira à noite.

No último dia de intervenção com a paciente (28/11) foi reaplicado o TMG, com os seguintes resultados, apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Perguntas e respostas ao Teste de Morisky-Green final.

Pergunta	Resposta
Você, alguma vez, esquece-se de tomar seu remédio?	SIM
Você, às vezes, é descuidada quanto ao horário de tomar seu remédio?	NÃO
Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o remédio?	NÃO
Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de toma-lo?	NÃO

Fonte: própria.

Assim, a paciente obteve três pontos no TMG ao final da intervenção, devido às três respostas “NÃO” apresentadas, o que lhe classifica como uma paciente mais aderente e mostra melhora na adesão ao tratamento medicamentoso em relação à

fase pré-intervenção, quando obteve pontuação igual a dois. Resultado semelhante também foi obtido por Vieira, que apresentou 78,1% dos sujeitos de sua pesquisa passando da condição de “menos aderentes” para “mais aderentes” após o uso de seu sistema organizador de medicamentos¹¹.

4. AVALIAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto teve sua programação bastante prejudicada pela não adesão dos pacientes residentes na área e com critérios de inclusão para o PI.

A dificuldade em conseguir a aceitação de sujeitos para participarem deste projeto pode ser explicada por alguns fatores: como a ESF 16 está localizada em zona rural, a maioria dos pacientes atendidos pela unidade vive em chácaras e fazendas muito longe desta; muitos pacientes não possuem telefones fixos e o contato pela telefonia móvel é muito prejudicado pelos péssimos sinais disponibilizados pelas operadoras nessa localidade; desinteresse no projeto; indisponibilidade para o seguimento seriado ao longo de algumas semanas; falta de medicações na unidade na época da intervenção.

Outro fator importante também, que contribuiu para a não adesão dos pacientes, é que a maioria dos pacientes hipertensos só comparece na unidade no dia da reunião para hipertensos e diabéticos e, devido à falta de medicamentos já comentada, além das férias de membros da equipe de saúde da unidade, durante o período de intervenção do projeto não houve reuniões, e por isso também muitos pacientes não puderam ser contatados.

Ainda assim, partindo dos objetivos do projeto, e levando em conta a limitação importante de que o mesmo foi feito integralmente apenas com uma paciente, pode-se perceber que tais objetivos foram ao menos parcialmente atingidos.

Como objetivo geral, a adesão ao tratamento aumentou, passando de 2 para 3 pontos no TMG, o que representa uma melhora na classificação estipulada previamente ao PI, do grupo de pacientes “menos aderentes” para os “mais aderentes”. Nos objetivos específicos, o número de tomadas de medicamentos esquecidas ou ignoradas também apresentou redução, de dois comprimidos na

primeira semana de uso do organizador de medicamentos para nenhum nas semanas seguintes. E tanto as pressões arteriais sistólica e diastólica apresentaram redução importante.

Algumas considerações se fazem relevantes neste momento. O uso do TMG isoladamente como instrumento indireto para avaliação de adesão ao tratamento não é uma unanimidade no que diz respeito ao seu desempenho^{3,14}. O seu uso, entretanto, se justificou por ser uma ferramenta de fácil utilização e validada para a língua portuguesa brasileira, sendo mais aplicável às condições limitadas previstas para o desenvolvimento do projeto.

Outra consideração é uma oportunidade de melhora para o planejamento de projetos semelhantes futuros. Acrescentar mais encontros, principalmente permitindo ao sujeito utilizar o organizador de medicamentos antes do início propriamente dito da coleta de dados, parece ser um fator importante para a obtenção de dados mais fidedignos para avaliação de efetiva redução nos valores pressóricos, além de se evitar equívocos iniciais referentes à inadequação dos sujeitos ao novo material apresentado a eles: o organizador de medicamentos. Assim, a avaliação da quantidade de medicações esquecidas ou ignoradas quanto à sua tomada também apresentaria dados mais confiáveis, e não fruto do aprendizado inicial e habituação ao uso dos organizadores.

O tempo destinado para a intervenção do projeto precisaria, idealmente, ser um tempo maior, talvez de aproximadamente três meses, pelo menos, para então se permitir a obtenção de melhores resultados. O tempo disponibilizado, de aproximadamente um mês e meio, mostrou-se insuficiente.

Com relação à redução dos níveis pressóricos que foi obtida ao final do projeto, houve a limitação da necessidade de introdução de uma nova medicação logo antes do início da intervenção. Tal medida, que coloca em dúvida o resultado apresentado como fruto exclusivamente da melhora na adesão ao tratamento, teve de ser tomada em virtude de o pesquisador ser também o médico assistente da paciente estudada, e, assim, a relevância clínica da condição de saúde do indivíduo naquele momento precisou ser mais preponderante do que os objetivos do projeto a ser iniciado. Uma solução para essa questão, não muito prática, ressalte-se, às condições para esse tipo de pesquisa e com tal característica populacional, seria

realizar o projeto com sujeitos que possuam um médico assistente diferente do pesquisador e que estejam com seu acompanhamento clínico atualizado, o que é difícil na realidade da atenção básica à saúde neste país, sobretudo em pequenos municípios.

Desse modo, os resultados obtidos neste projeto não podem ser extrapolados para uma realidade mais ampla. O presente PI tem que ser encarado, na verdade, como um projeto piloto, permitindo então elaborar um planejamento mais condizente com a realidade local do Jardim Serra Dourada e imediações, evitando-se dificuldades e erros estratégicos.

Portanto, o projeto demonstra um grande potencial em termos de obtenção de resultados favoráveis, tanto no que diz respeito ao objetivo geral quanto nos objetivos específicos traçados para o mesmo, porém precisaria dispor de mais tempo e condições melhores para a atração de sujeitos participantes, como já considerado. A proposição de um organizador de medicamentos, contudo, de utilização simples e de relativamente baixo valor agregado, já foi uma excelente conquista para este projeto, podendo ser continuamente reproduzida e beneficiando a outros pacientes, talvez até se tornando numa ferramenta habitual e padrão para acompanhamento de pacientes hipertensos na ESF 16. A paciente que participou do PI e utilizou o organizador aprovou o mesmo e recebeu-o como presente após o fim do seguimento para o projeto, sendo estimulada a continuar a usá-lo.

Melhorar a adesão ao tratamento da HAS, bem como de outras doenças crônicas, e conseqüentemente obter um controle ótimo dos níveis pressóricos, fornecendo assim uma melhor qualidade de vida e prevenção primária ou secundária de eventos cardiovasculares maiores é um alvo bastante tangível para ser perseguido numa população como esta, de uma unidade de atenção primária à saúde, tendo em vista a potencialidade demonstrada por este projeto utilizando-se de organizadores de medicamentos. Experiências semelhantes precisam ser propostas procurando atender a objetivos similares, porém dispondo de um planejamento estratégico mais condizente às dificuldades enfrentadas.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [citado 2014 Jul 27];13(1):35-8. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>
2. Gusmão JL, Mion D Jr. Adesão ao tratamento – conceitos. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [citado 2014 Jul 27];13(1):23-5. Disponível em: http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos_decio/Adesao_ao_tratamento_www-deciomion-com-br.pdf
3. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 Dez [citado 2014 Jul 27];24(12):2979-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/30.pdf>
4. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 Jan-Mar [citado 2014 Jul 27];20(1):67-72. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>
5. Ribeiro EG. Adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial [dissertação]. [Goiânia]: Pontifícia Universidade Católica de Goiás [Internet]; 2010 [citado 2014 Jul 27]. 156 p. Disponível em: http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2010-05-27T133159Z-763/Publico/ERIVANE%20GARCIA%20RIBEIRO.pdf
6. Araújo LCL, Silva EV. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. Rev Tempus Actas Saúde Colet [Internet]. 2010 [citado 2014 Jul 27];4(3):83-93. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/881/844>
7. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2005 Jul-Set [citado 2014 Jul 27];14(3):332-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03>
8. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [citado 2014 Jul 27];13(1):39-46. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>
9. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion D Jr. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2009 [citado 2014 Jul 27];16(1):38-43. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>
10. Bobrow K, Brennan T, Springer D, Levitt NS, Rayner B, Namane M, et al. [Eficácia de uma intervenção baseada em mensagem de texto (SMS) para adultos com hipertensão: protocolo para o ensaio controlado randomizado StAR (SMS Text-message Adherence suppoRt trial)]. BMC Public Health [Internet]. 2014 [citado 2014 Jul 27];14(28):[aproximadamente 9 p.] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3909351/pdf/1471-2458-14-28.pdf>. Inglês.

11. Vieira LB. Avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa de pacientes idosos hipertensos antes e após o desenvolvimento e uso de um Sistema Eletrônico de Uso Personalizado e Controlado de Medicamentos (SUPERMED) [tese de doutorado]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo [Internet]; 2013 [citado 2014 Jul 27]. 125 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17012014-110238/publico/LILIANABATISTAVIEIRA.pdf>
12. FarmaceuticoOnline. Programa SPD: Sistema Personalizado de Dosificación [Internet]. Barcelona (ES): COFB: Col.Legi de Farmacèutics de Barcelona [Colégio de Farmacêuticos de Barcelona]; c2014 [citado 2014 Set 11]. Disponível em: <http://www.farmaceuticonline.com/es/component/content/article/662-programa-spd-sistema-personalizado-de-dosificacion>. Catalão, Castelhana.
13. Hoshi K, Kawakami J, Aoki S, Hamada K, Sato K. Real-time wireless compliance monitoring system using calendar-type pill organizer [Sistema de monitoramento sem fio em tempo real de adesão usando organizador de pílulas do tipo calendário]. Technology and Health Care [Internet]. 2013 Set 12 [citado 2014 Set 11];21(5):455-67. Abstract; p. 455. Disponível em: <http://iospress.metapress.com/content/fk8460040u3738gt/?genre=article&issn=0928-7329&volume=21&issue=5&spage=455>. Inglês.
14. Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 Fev 14 [citado 2014 Set 13];46(2):279-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Questionário Sociodemográfico*

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data da entrevista: _____

1) Qual seu sexo?

() Masculino () Feminino

2) Qual sua cor?

() Branca () Parda () Negra

3) Qual a sua escolaridade?

() Analfabeto(a) () 1 a 4 anos de estudo () 5 a 8 anos de estudo

() 9 a 11 anos de estudo () 12 ou mais anos de estudo

4) Qual o seu estado civil?

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a) () Divorciado(a)

() Amasiado(a) () União estável

5) Com quem você mora?

() Sozinho(a) () Companheiro(a) () Filhos(as) (Quantos? _____)

() Parentes (Quantos? _____) () Outros(as) (Quantos? _____)

6) Qual a sua ocupação atual?

() Aposentado(a) () Desempregado(a) () Trabalhador(a) com vínculo empregatício

() Autônomo(a) () Do lar () Outros (Qual? _____)

7) Qual a sua renda familiar aproximada?

() Menos que 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos

() 6 a 7 salários mínimos () 8 a 10 salários mínimos () 10 ou mais salários

8) Quais problemas de saúde você tem e quais remédios usa diariamente para os mesmos?

* Adaptado de Vieira LB (vide referência 11).

Anexo B – Teste de Morisky-Green

- 1) Você, alguma vez, esquece-se de tomar seu remédio?
() SIM () NÃO
- 2) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
() SIM () NÃO
- 3) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?
() SIM () NÃO
- 4) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?
() SIM () NÃO

APÊNDICES

Apêndice A – Controle pressórico e de comprimidos esquecidos

Nome: _____

Data	PA (mmHg)	Comprimidos esquecidos

Apêndice B – Protótipo de organizador de medicamentos.



Apêndice C – Modelo final confeccionado do organizador de medicamentos.



Organizador de medicamento, evidenciando suas partes frontal (esquerda) e traseira (direita).

Apêndice D – Preparação do organizador de medicamentos para uma semana de uso.



Esquerda: início da preparação do organizador de medicamentos, com as cartelas de medicações utilizadas pela paciente. Direita: utilizando uma tesoura, cada comprimido era individualizado juntamente com seu invólucro e as medicações eram separadas de acordo com a tomada diária da paciente (percebe-se que ela tomava medicações diariamente pela manhã e à noite, mas não à tarde) e depois colocadas nos compartimentos apropriados (não mostrado na imagem para facilitar a visualização).